

POBREZA URBANA Y LOS SERVICIOS DE AGUA Y SALUD EN LA PERIFERIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO. EL CASO DE LA DELEGACIÓN XOCHIMILCO¹

Flor M. López, Brenda Greta Montaño²

INTRODUCCIÓN

La Geografía de la Pobreza como tema específico se ha vuelto imprescindible en los textos de Geografía Urbana y Geografía Social de los últimos años; sin embargo, pocas veces se analizan las precarias estrategias —generalmente surgidas y desarrolladas en el ámbito de la informalidad— que los pobres practican para obtener acceso a las necesidades básicas, o no se hace referencia a la complejidad que éstos enfrentan para “autoresolver” sus carencias de acceso o exclusión de al menos dos satisfactores básicos para el desarrollo social: el agua y la salud. En este sentido, se identifican los problemas que agravan la pobreza urbana, los cuales se pueden englobar en al menos dos aspectos: 1) la precariedad en el suministro de los servicios de agua y salud que se dan en la informalidad; y 2) el empobrecimiento de la población por lo que implican el uso de los servicios informales.

Por lo anterior, en el presente trabajo se planteó la hipótesis de que la población pobre tiende a autoresolver el suministro de agua y servicios de salud, lo cual implica un proceso de empobrecimiento de su condición socioeconómica ya que tienen que invertir de forma extraordinaria para la obtención de los servicios básicos; además, esta relación también ponen en riesgo su estado de salud porque la dotación y calidad de dichos servicios no se garantiza ya que se dan en el marco de la informalidad, sin ningún tipo de regulación en su operación.

1 El presente trabajo fue realizado gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) con clave RA300213 denominado *Pobreza urbana y Acceso a los servicios de agua y salud en las Delegaciones Magdalena Contreras y Xochimilco*, Coordinadora Dra. Flor M. López.

2 Instituto de Geografía. Universidad Nacional Autónoma de México: fflore@yahoo.com.mx; Colegio de Geografía. Universidad Nacional Autónoma de México: brendamontano@rocketmail.com.

Asimismo, el objetivo del presente capítulo es analizar las implicaciones de la condición, situación social y territorial que enfrenta la población que habita en los espacios de la pobreza en la Ciudad de México, y cuál es el grado de dificultad que experimentan para autoresolver sus carencias de acceso a los servicios de agua y salud.

En este sentido, se concluye que las alternativas que tienen los pobres para acceder a los servicios de salud, aparte de que son pocas, son las más deterioradas, por lo que no ayudan a mitigar la profunda pobreza en la que se encuentran, sino que solamente les permiten solventar su necesidad de forma parcial y temporal.

POBREZA URBANA Y LOS SERVICIOS DE AGUA Y SALUD

La pobreza urbana tiene una amplia gama de definiciones, lo cual se explica por su heterogeneidad espacial. Para los fines de este trabajo, una de las definiciones más cercana es la que se refiere a la relación entre los grupos pobres y el espacio que ocupan en las ciudades, es por ello que se hace referencia a esta relación como los “espacios de la pobreza”, específicamente de aquella población que tiende a concentrarse en las periferias urbanas (Tapia, 2010: 115).

Una forma de caracterizar a la pobreza urbana es a través de evidenciar dos procesos socio-territoriales que están determinando una reconfiguración urbana: el primero, en términos sociales, se refiere a que cada vez más se están incorporando nuevos pobres a las filas de la pobreza, y los pobres pre-existentes han intensificado su pobreza; el segundo aspecto, en términos territoriales, hace referencia a pobres que se están redistribuyendo hacia todas direcciones de las ciudades pero se están concentrando más en las periferias de la ciudad, frecuentemente ocupando las áreas más alejadas.

Con respecto a que se están incrementando nuevos pobres en las filas de la pobreza, basta observar la situación nacional. Sólo en el caso de la pobreza extrema (indigencia y carencias), se incrementó a escala nacional 4.39 puntos porcentuales, pasando de 49.7% en 2008 a 54.1% en 2010 (Roldan, 2011). Aumentó la pobreza en las metrópolis al pasar de 70.8 a 74.8% entre 2008 y 2009, mientras que la pobreza extrema se reconcentró en el Distrito Federal al pasar de 30.7% a 34.9%.

Con referencia a que la pobreza urbana se está redistribuyendo hacia todas direcciones de la ciudad, se tiene la evidencia de que están surgiendo nuevos espacios urbanos pobres. La ONU reportó en 2011 que la pobreza cada vez más adquiere un perfil urbano en México. En las urbes reside el 72% de los habitantes del país, de los que el 45% se encuentra en condición de pobreza (Gómez, 2011: 42).

Este patrón socio-territorial intraurbano permite explicar las desventajas que los espacios de la pobreza experimentan para acceder a los satisfactores básicos de desarrollo como la educación, el empleo, la vivienda, el transporte, entre otros.

El agua y la salud son dos dimensiones que expresan con mayor amplitud la pobreza en las ciudades, pero que pocas veces se abordan de forma separada porque son dos indicadores de solución inmediata para la calidad de vida, pero también porque son dimensiones que están estrechamente interrelacionadas; es decir, la condición de la salud está determinada por el tipo de acceso al agua, aunque la salud por sí sola también está determinada por su calidad de acceso. Por ejemplo, muchas de las amenazas a la salud están asociadas a la falta de agua potable. A nivel mundial, se estima que el consumo de aguas contaminadas en los países en desarrollo es la causa del 80% de las enfermedades, más del 33% de las muertes, el 65% de las hospitalizaciones y el 80% de las consultas médicas (10% del tiempo productivo perdido por persona) (OMS, 2009: 83).

De acuerdo a lo anterior, se identifica la importancia que debe tener la cantidad y la calidad del agua en la salud, así como el lugar adecuado para desecharla. Por ejemplo, la Organización Mundial para la Salud (OMS, 2009: 83) afirma que las formas insalubres de suministrar, almacenar y consumir el agua aumentan las posibilidades de adquirir enfermedades infecciosas.

En el año 2000 muchos países contaban con infraestructura formal, pero se estimó que más de mil millones de personas carecen de abastecimiento de agua y dos mil millones de drenaje, sobre todo en África y en la región del Pacífico Occidental (OMS, 2009: 83).

Por otro lado, existen algunas enfermedades que muestran una dinámica muy diferenciada en su distribución espacial, no siempre serán iguales entre los espacios, ni en las mismas sociedades ni el tiempo (López, 2011: 376). Hay enfermedades que son predominantes y recurrentes en determinados espacios, por ejemplo en las periferias urbanas, donde existen enfermedades relacionadas específicamente con la cobertura de agua y su calidad, cantidad, frecuencia, presión; es decir, la calidad en el acceso al agua y la salud tienen estrecha relación con la localización, lo que puede llegar a intensificar los niveles de pobreza.

LA INFORMALIDAD DE LOS SERVICIOS DE AGUA Y SALUD

Dos de las dimensiones que explica ampliamente la pobreza urbana en la periferia son: 1) el deteriorado acceso a los servicios de agua y salud teniendo sus efectos sociales y territoriales. Tiene sus efectos territoriales, identificados particularmente en las periferias urbanas en donde se reconoce una amplia gama de prácticas informales para acceder a los servicios básicos; 2) en cuanto los efectos sociales se refieren a cómo es que la calidad en el suministro y formas de acceso determinan un proceso de empobrecimiento de los hogares pobres, por un lado, porque se han identificado que los pobres en las periferias se han convertido en un mercado

potencial para los encargados de proveer los servicios de agua y de salud, por el otro, porque se ha detectado que los pobres garantizan un consumo continuo, aunado a que los mismos actores que se encargan de negociar el agua, no dan opción u otra alternativa para conseguir el recurso.

Lo anterior ha implicado el surgimiento de nuevos patrones de distribución de los servicios básicos de agua y salud, lo que significa el acercamiento de esos servicios a los pobres, pero al mismo tiempo, esto explica el rol de nuevos actores, como el hecho de que tienen formas particulares de provisión de los servicios básicos, por ejemplo, la disponibilidad o multiplicidad espacial de los servicios, abaratamiento, seguridad en el servicio o que no son excluyentes; es decir, siempre se atiende a la demanda, sin excepción y flexibilidad de horario, sin embargo, la calidad de la infraestructura es poco propicia para otorgar los servicios básicos.

A continuación se explica este proceso de improvisación en cada uno de los servicios, en especial en los servicios de salud, ya que en México está creciendo una modalidad que ilustra cómo la informalidad favorece a la una atención de baja calidad causada por la falta de regulación y de apego a la normatividad.

La informalidad de los servicios de agua y salud

En las periferias urbanas, los servicios de agua se caracterizan porque se tienen que conseguir en el marco de la informalidad, lo cual significa un servicio en detrimento, pero no sólo en la dotación de agua, sino en general, de la calidad de vida de la población que no cuenta con acceso a la infraestructura formal, es decir, en tubería hidráulica dentro y fuera de la vivienda.

Lo anterior está estrechamente relacionado con la forma en cómo la población pobre autoresuelve su dotación de agua y todas aquellas implicaciones que tienen que ver con las formas de conseguir al agua. Para caracterizar lo anterior, se realizó trabajo de campo con la aplicación de una encuesta a 70 familias de tres asentamientos humanos irregulares localizados en la delegación Xochimilco, en el Distrito Federal (DF.), a finales del año 2012.

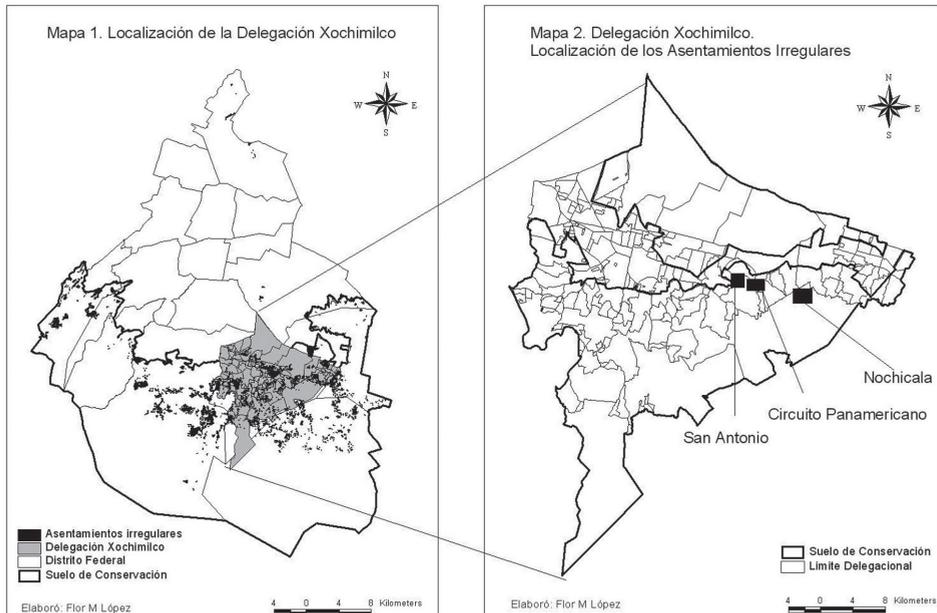
Los asentamientos son: San Antonio, que pertenece al pueblo de San Gregorio Atlapulco; Nochicala, que pertenece al pueblo de San Luis Tlaxialtemalco; y Circuito Panamericano, que pertenece al pueblo de Santa Cruz Alcapixca (Figuras 1 y 2). De dicha encuesta se obtuvieron al menos cuatro procesos por lo que tienen que pasar para conseguir agua: la compran, se conectan a pozos, la almacenan y la racionan.

El primer paso del proceso para conseguir agua es comprarla y su principal impedimento se refiere a la proliferación de actores locales encargados de suministrarla, es decir, solamente este tipo de vendedores se pueden encontrar en las periferias, o bien, es en las periferias donde comúnmente se encuentran.

Comprar agua implica un pago, pero eso no garantiza que sea un servicio de buena calidad, puesto que así como hay una proliferación de actores, también hay una diversificación de tipos de suministro. El más común es la venta-compra de agua de carros-cisterna o pipas, que por lo general es proporcionada por parte de las autoridades, mediante la Dirección de Operación Hidráulica, pero que por lo regular se pide una “propina” a cambio de llenar más recipientes de una misma vivienda. También están actores clandestinos que operan como empresas privadas, pero sin registro fiscal, lo que evidencia la falta de control y regulación para quienes negocian con la necesidad de la población.

En el contexto de calidad del suministro, el abastecimiento de agua mediante pipas podría considerarse como de primera categoría porque tiene la ventaja de acercar el servicio a pie de domicilio; el segundo en importancia es conectarse a pozos de agua que cuentan con una llave hidrante pública, este tipo de suministro se puede clasificar de segunda categoría ya que hay que trasladarse a la fuente, aunque es gratuito. El tercer tipo de suministro es conseguir agua a través de recipientes que llevan animales de carga, este tipo está clasificado de tercera categoría ya que a pesar de que llevan el agua a pie de domicilio, la llevan en pocas cantidades y no es potable. Finalmente, está la compra de agua embotellada, considerado de cuarta categoría ya que el precio es muy alto y la cantidad que se consigue es poca.

Figura 1. Localización de la delegación Xochimilco



El tercer y cuarto paso se refiere al hecho de almacenar y racionar el agua, y es que los dos están estrechamente relacionados. Por lo general, en las periferias se almacena el agua en todo tipo y tamaño de recipientes, lo que indica que racionan el recurso para que cubra algunas necesidades semanales de cada miembro de la familia.

Los cuatro pasos del proceso para conseguir agua implica también que se reducen las cantidades de agua. Existe un alto grado de deterioro de las formas de adquirir y almacenar el agua, que por lo regular es la intemperie, lo que favorece la exposición a producción de vectores infecciosos que vulneran el estado de salud.

Lo anterior expresa cual es el ciclo de la pobreza para conseguir agua, por lo tanto, es un indicador de cómo los niveles de pobreza se pueden intensificar de acuerdo a las posibilidades y necesidades de la población pobre.

La proliferación de los consultorios médicos en farmacias

En México se acelera el crecimiento y proliferación de una modalidad de servicios de salud con tendencias a hacerlos accesibles a los pobres mediante el bajo costo de sus medicamentos y consultas, pero sobre todo por el número de establecimientos establecidos en zonas de muy alta y alta marginación. Esta es una alternativa para que los pobres accedan a los servicios de salud, sin embargo, a pesar de su bajo costo, la disponibilidad territorial y de que es el servicio de salud al que cada vez más está recurriendo la población con y sin derechohabencia, no están cubriendo en su totalidad las necesidades de salud de los pobres. Sólo por mencionar un ejemplo, en el país existen 4,500 establecimientos de las llamadas Farmacias Similares, seguidas de 1,350 establecimientos de Farmacias del Ahorro, siendo las dos más importantes en su tipo. Su presencia ha adquirido tal relevancia, que incluso las tiendas de autoservicio como Grupo Walmart cuentan con asistencia médica general y de laboratorios, con 600 servicios anuales y costos de entre 30 y 200 pesos, con una línea de 250 medicamentos de GI (Genéricos Intercambiables) Medi-Mart.

Esta modalidad se refiere a las farmacias con consultorio médico anexo en el mismo punto de venta, que se caracteriza por favorecer, en muchas ocasiones, a la improvisación de los servicios de salud. Muchos de éstos no cumplen con los requerimientos mínimos de infraestructura y de equipamiento, pero tampoco están registradas en algún sistema de salud, que en este caso corresponde a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) o en algún directorio oficial como los que reporta el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el cual ofrece información sobre la identificación y localización de todos los establecimientos activos a nivel nacional.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, se identifica que muchos de los establecimientos antes descritos no cumplen con los mínimos requerimientos, al menos de infraestructura, por lo cual se considera que están operando de manera provisional o se encargan de degradar la calidad de los servicios de salud en el D.F.

Lo anterior promueve la mercantilización de los servicios de salud y propicia una amplia cobertura de los mismos en cuanto al aseguramiento del acceso y la disponibilidad, lo que no necesariamente garantiza un servicio adecuado, empezando por la infraestructura del lugar.

Por señalar un ejemplo, en la Figura 2 se puede observar la distribución y proliferación de farmacias con consultorio médico en zonas de alta y muy alta marginación, aunque la tendencia es la reconcentración o duplicidad de los servicios públicos y privados. Se identifica una concentración mayoritaria en la delegación Iztapalapa, mientras que la distribución más dispersa se localiza en las delegaciones Xochimilco, Tlahuac y Talpan.

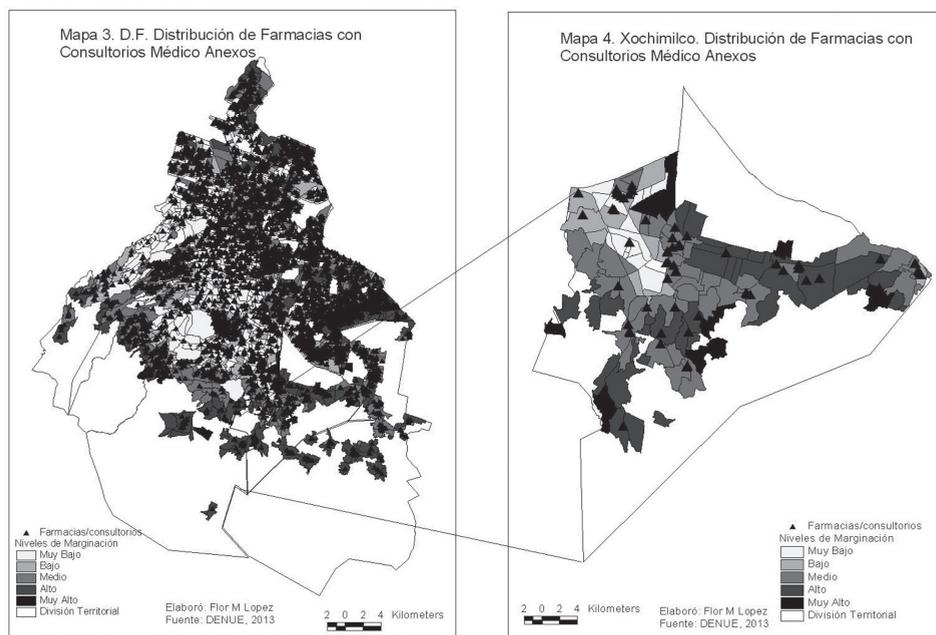
En la Figura 2 se identifica la distribución del mismo tipo de establecimientos con una concentración muy marcada a lo largo del casco histórico; sin embargo, falta mayor presencia de este tipo de farmacias en los espacios con niveles de marginación altos y muy altos de la periferia, sobre todo al norte, sur y oriente de la delegación.

Otro ejemplo se evidencia con las medidas reciente de la Comisión Federal para la Protección Contra el Riesgo Sanitario (COFEPRIS), ya que en 2013 clausuró 28 farmacias con consultorio médico, 10 de ellas localizadas en el Distrito Federal. La razón de dicha clausura fue precisamente el incumplimiento de la normatividad sobre la infraestructura sanitaria, como no contar con expediente clínico de cada paciente, no tener aviso de funcionamiento, no mostrar los permisos para vender o recetar productos controlados, falta de título profesional, no tener recetario médico, carecer de área para la revisión física y que esté separada del área de entrevista, o no tener comunicación entre las farmacias y los sitios de personas (Arellano, 2014; Galvan, 2013).

Así como muchas de las necesidades y estrategias de acceso a salud de amplios sectores de la población pobre son desconocidas, también se tiene un desconocimiento de cuántos establecimientos existen en el DF., y menos de las condiciones en las que operan.

De esta manera se hace referencia a las diversas modalidades o formas de operar de estos establecimientos, lo cual explican su informalidad. Una modalidad

Figura 2. Distribución de farmacias con consultorios anexos



es que hay establecimientos ofreciendo consulta médica externa³ que según la normatividad se refiere “al conjunto de servicios que se proporcionan en unidades fijas al individuo, cualquiera que sea su denominación, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”. Pero hay otros que ofrecen “asesoría médica gratuita”, entendida como “un espacio dentro de nuestras farmacias destinado a brindar a nuestros clientes un servicio médico básico sin costo a través de doctores éticos y calificados”.

El precio de las consultas es otra modalidad que muchas de las veces no equivale al nivel de atención, la cual es parcial para atender un problema de forma temporal y sin control.

Una tercera modalidad es que no existe un registro o expediente médico, que se define como “un conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención”, es decir, es un documento que permita dar un seguimiento y tratamiento al paciente en corto, mediano y largo plazo.

Una cuarta modalidad es que muchos de estos establecimientos sólo facilitan la consulta externa, mas no de emergencia, cuando la norma señala

3 Entiéndase por consulta externa al servicio médico que se otorga a usuarios ambulatorios en establecimiento fijo, público, social o privado, cualquiera que sea su denominación.

que “en los consultorios de medicina general o familiar, donde por su ubicación geográfica, alejada de unidades de mayor capacidad resolutive, por su ubicación en lugares con alto riesgo de recibir urgencias médicas o por decisión del personal profesional, se atienden urgencias y se efectúen curaciones en el consultorio de medicina general o familiar”, aunado a lo que el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, señala que “los establecimientos de carácter privado, en los términos del Artículo 44 de la Ley, deberán proporcionar servicios de urgencias”.

Una quinta modalidad se refiere a que la mayoría de los establecimientos son adaptaciones que se realizan en viviendas particulares, lo cual limita el cumplimiento de la normatividad porque señala que “todo establecimiento deberá contar con las facilidades arquitectónicas para efectuar las actividades médicas y deberá además contar con sala o local apropiado para espera y servicios sanitarios”, pero por lo regular no existe el espacio suficiente para otorgar un servicio de calidad.

Por otro lado, otro aspecto que evidencia la informalidad de estos establecimientos es que muchos de ellos no están registrados ante la COFEPRIS o no están ubicados en el DENEU. No se especifica el registro en cualquiera de los dos listados, están registradas como farmacias o como consultorios médicos por separado, pero en ningún caso existe el registro como tal de farmacias con consultorio médico anexo en el mismo punto de venta.

Según el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas del INEGI, las farmacias y los consultorios médicos están registrados en diferentes rubros. Por un lado, las farmacias están dentro del directorio como actividad económica denominada “comercio al por menor de artículos para el cuidado a la salud”, y éstas, a su vez, se encuentran en un sub rubro denominado “comercio al por menor de productos farmacéuticos y naturistas”, dentro del cual se especifican los subrubros de “farmacias con minisúper” o “farmacias sin minisúper”, y es que en muchas farmacias además de medicamentos se venden artículos para regalos, alimentos y bebidas empaquetadas.

Para el caso de los consultorios médicos, esto se encuentran registrados en la actividad económica denominada “servicios de salud y de asistencia social”, y dentro de esta actividad se ubica el subrubro “servicios médicos de consulta externa y servicios relacionados”, de los que se derivan los “consultorios médicos”, y de éste se desprenden los subrubros “consultorios de medicina general del sector privado” y “medicina general del sector público”.

En otro apartado del DENEU se encuentra el tamaño del establecimiento, donde se identifica el número de empleados de cada unidad económica, que van de 0 a 5, 6 a 10, 10 a 30, etc., dato importante que permite diferenciar a las

farmacias con consultorio médico anexo. Esto es, que el DENUÉ cuenta con una base de datos con las unidades económicas georeferenciadas en el que cada punto de información contiene todos los datos de las unidades económicas, tales como nombre de la unidad económica, número de empleados, dirección, vialidad en la que se encuentra el establecimiento, coordenadas geográficas y fecha de incorporación al directorio.

La COFEPRIS cuenta con una base de datos de farmacias del Distrito Federal que sí tienen licencia sanitaria. Esta base emite los siguientes datos: establecimientos refiriéndose al nombre o razón social; tipo de giro, donde se hace referencia si es farmacia, botica o droguería; dirección; número de licencia y fecha de expedición; así como líneas autorizada de insumos para la salud como antibióticos, psicotrópicos, etc. En esta base tampoco se especifica si es una farmacia con consultorio anexo en el mismo punto de venta.

EMPOBRECIMIENTO Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE AGUA Y SALUD EN LA DELEGACIÓN XOCHIMILCO

Para obtener servicios básicos como el agua y la salud, la población pobre recurre a estrategias que profundizan su empobrecimiento dado que les representa invertir un gran porcentaje de su ingreso familiar para satisfacer sus necesidades. Para demostrar lo anterior, en este apartado también se ocupó una sección de la encuesta aplicada en los tres asentamientos ya mencionados de la delegación Xochimilco.

Respecto a la situación de agua, el 44% de la población encuestada reportó que se abastecen de agua de carros-cisterna y que obtienen agua de algún pozo cercano. El asentamiento de Nochicala es donde se reportó más recurrencia a la compra de agua de pipas. El agua que se obtiene de estos dos medios comúnmente se almacena en tambos, como lo reportó el 42%, y en tinacos el 30%. En este caso, se considera que los tambos son los recipientes de peor categoría que los tinacos ya que almacenan menor cantidad de agua que en los tinacos, aunado a que se encuentran la mayor parte del tiempo a la intemperie. Circuito Panamericano y Nochicala son los que más almacenan agua en tambos, lo que explica la situación socioeconómica de su población.

Las dos formas para conseguir agua son comprándola y almacenándola ya que por lo regular están “obligados” a almacenarla. El 41% reportó que el agua la pueden conseguir —en el mejor de los casos— cada tercer día, aunque hay un 18% que la consigue sólo dos veces a la semana. Circuito Panamericano es el asentamiento al que menos llegan las pipas.

Comprar y almacenar el agua implica que el recurso no necesariamente sea de buena calidad, y es que a pesar de que el 80% respondió que el agua está limpia, así sea de pipa, pozo o de la que transportan animales de carga, el 67%

no la usa para beber. La forma en que resuelven el abastecimiento de agua para beber es través de la compra de garrafones, esto es, que el 61% puede comprar garrafones, pero sólo el 44% puede comprar entre 1 y 3 a la semana, aunque el 17% puede comprar entre 4 y 10 semanalmente y el resto, es decir el 38%, no puede comprar ninguno. En el asentamiento de Nochicala es donde se compran más garrafones, a diferencia de Circuito Panamericano, que es en donde menos se reporta la compra.

Las formas de comprar y almacenar, así como el abastecimiento de agua para beber, son indicadores que ilustra ampliamente la situación en la que se encuentra la población, sobre todo se confirma cómo es que las estrategias a las que tienen que recurrir son parte de su proceso de empobrecimiento, no obstante, el mayor peso económico lo determina la compra de garrafones. Esto significa que más del 57% de la población que compra garrafones invierte entre 10 y 15% de sus ingresos familiares, y de este porcentaje, quienes más invierten en la compra de agua en garrafón son la población que percibe menos de un salario mínimo, ya que destinan entre 300 y 400 pesos mensuales, lo que significaría el 19% de su ingreso familiar mensual. En el Cuadro 1 se muestra la cantidad de garrafones que la población encuestada reportó comprar en una semana, se identifica que Circuito Panamericano es el asentamientos humano irregular que menos invierte al mes (entre 10 y 100 pesos), mientras que San Antonio es el asentamiento que más invierte, (hasta 400 pesos mensuales).

De esta manera, se evidencia la enorme necesidad de la población por beber y usar agua lo menos contaminada posible, por lo que resuelven el problema comprando agua embotellada.

Cuadro 1. AHI. Compra de garrafones a la semana

<i>Asentamiento</i>	1	2	3	4	5	<i>Más de 5</i>	<i>Total</i>
Circuito Panamericano	3	5	2	0	1	3	14
Nochicala	2	7	1	2	1	0	13
San Antonio	3	4	4	4	1	0	16
Total	8	16	7	6	3	3	43

En cuanto a la situación de acceso a los servicios de salud de la población encuestada, el 67% reportó estar afiliada al servicio de salud que ofrece la secretaria de Salud del Distrito Federal; y el 15% que resuelve sus necesidades de salud en las farmacias con consultorio médico anexo; recurren más a las denominadas Farmacias Similares, sobre todo los habitantes del asentamiento Circuito Panamericano.

La población que más invierte en una consulta médica es la que percibe los salarios más bajos, esto es, la población que percibe menos de un salario mínimo y la población que percibe entre uno y dos salarios mínimos. El 14% de la población que se ubica en estos estratos salariales suelen pagar entre 100 y 200 pesos, mientras que el 8.6% paga entre 50 y 100 por una consulta médica.

Por su parte, los que perciben entre 2 y 5 salarios mínimos, y más de 5, son los que menos pagan por una consulta médica, esto es, entre 20 y 30 pesos. Esto se explica porque seguramente tienen derechohabencia al IMSS o ISSSTE.

En términos del ingreso familiar, el porcentaje que se invierte en los servicios de salud por parte de la población pobre es relativamente bajo, pues la inversión en consultas médicas significa una inversión de entre 1 y 30%. Es relativamente bajo porque sólo se está considerando la inversión en salud, falta considerar la inversión en agua, la alimentación y transporte.

Para finalizar, se identificó que el empobrecimiento que implica la inversión monetaria para agua y salud puede llegar a significar más del 30% del gasto de la familia promedio mensual, lo cual no sólo se refiere al gasto en la familia, sino también se suma la baja calidad de las formas a las que pueden tener acceso a los servicios.

CONCLUSIONES

El limitado acceso a los servicios de agua y salud implica una pobre calidad de vida. Vivir en la periferia significa que el acceso a los servicios de agua y salud son de peor calidad, lo cual se verifica con la tendencia en detrimento de las formas de conseguir los dos servicios en al menos en la periferia sur del Distrito Federal, en donde se destaca que al corto y mediano plazo su pobreza no se revierte, sino que se intensifica.

El agua es de vital importancia para la sobrevivencia de la población, pero también para la estabilidad de su salud; sin embargo, la población en condición de pobreza se está asentando en las orillas de las ciudades, conformando espacios de miseria, donde es difícil conseguir agua por falta de infraestructura. De modo que la población se organiza y busca alternativas para el suministro de agua, siendo las pipas las que usualmente cubren esta necesidad de manera temporal, permitiéndoles llenar grandes recipientes en la comodidad de sus viviendas o lo más cerca posible.

No obstante, en el afán por abastecerse de agua para cubrir necesidades básicas, y ante la escasa o nula regulación de las autoridades gubernamentales, la población pobre urbana es víctima de la irregularidad de este y otros servicios.

Acerca de los servicios de salud en la periferia, se vuelven informales a un ritmo acelerado y al mismo tiempo se expanden territorialmente, lo cual, facilita

que la población pobre periurbana haga uso de ellos como alternativa económica, tanto en el costo de la consulta como de los medicamentos. Sin embargo, estos servicios de salud no están registrados legalmente, ni su giro comercial está controlado, ni mucho menos ofrecen atención médica con el equipamiento y la infraestructura que se requiere. En cierto modo, estos servicios de salud informales satisfacen las necesidades de atención sanitaria que la población pobre de la periferia urbana necesita para resolver enfermedades comunes y que sean fáciles de sanar, como: gripe, diarreas, dolor de cabeza, entre otras, mas estos servicios no ofrecen ninguna solución para resolver estados de salud considerablemente serios que necesiten cirugía, cuidados intensivos o atención de emergencia.

La improvisación de los servicios de agua y de salud son el resultado de una fuerte demanda por parte de la población pobre para resolver sus necesidades a precios bajos, con el riesgo de recibir infraestructura inadecuada, siendo dotados de los servicios de dudosa eficacia y hasta de procedencia. Se observó que la dotación de los servicios se da en el marco de la informalidad e improvisación, lo que deriva en que el suministro sea en la mayoría de los casos de mala calidad. Así mismo, se identificó que estas formas de dotación del líquido se han convertido en la única alternativa para obtener abastecimiento de agua en detrimento de la propia salud.

REFERENCIAS

- Arellano, C. (2014) “Suspende la COFEPRIS 28 consultorios anexos a farmacias en 2013”: *La Jornada*, [cofepris-28-farmacias-que-tienen-consultorio-medico-en-2013-839.html]
- Galvan, O. (2014) “Farmacias con consultorio”: *La Jornada*, [Dinero.http://www.jornada.unam.mx/archivo_opinion/autor/front/7/37958].
- Gómez, C. (2011) “Pobreza y violencia adquieren en México un perfil urbano: ONU”: *La Jornada*, sección Sociedad y Justicia, Jueves 22 de noviembre de 2011.
- Heisler, M. *et al.* (2004) “The health effects of restricting prescription medication use because of cost”: *Medical Care*, 42, 7, pp. 626-634.
- INEGI (2010) *Directorio Nacional de Unidades Económicas*.
La Jornada <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2014/01/06/suspension>
- López, F. M. (2011) “Agua y condiciones de salud en la periferia urbana pobre del Distrito Federal. El caso de la delegación Xochimilco”: Aguilar, A. G., Escamilla, I. (coords) *Periurbanización y sustentabilidad en grandes ciudades*, UNAM: IGg, CONACYT, Porrúa, México, pp. 413-438.
- Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica*

- de pacientes ambulatorios*, Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario de la Secretaría de Salud, Publicado en el Diario Oficial de la federación el 14 de diciembre de 1998.
- OMS (2009) *Estadísticas sanitarias mundiales factores de riesgo*, Tabla 5, pp. 83-93, http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table5.pdf.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*, Diario Oficial de la Federación publicado 3 febrero de 1983
- Roldan, N. (2009) “Aumenta 2.6% la pobreza en el país, reporta Evalúa DF”: *Periódico Milenio*, Sección Política, 29 de julio del 2009.
- Tapia, R. (2008) “Caracterización y relevancia de dos aspectos físico-espaciales de la segregación residencial en Santiago de Chile. Fronteras entre conjuntos residenciales socialmente disímiles en la comuna de Peñalolen, 2005”: Sabatini, F., Salcedo, R., Wormald, G. (coords) *Tendencias de la segregación en las principales ciudades chilenas*, Pontifica Universidad Católica de Chile, Chile, pp. 115-140.